Ouvrage de l'Auteur

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

DE LA MIGRAINE OPHTHALMIQUE HYSTÉRIQUE

PAR

J. BABINSKI

Ancien chef de clinique de la Faculté à la Salpêtrière, Médecin des hôpitaux

PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14

E. LECROSNIER et BABÉ
ÉDITEURS
Place de l'École-de-Médecine.

1891

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

DE LA

MIGRAINE OPHTHALMIQUE HYSTÉRIQUE

Par J. BABINSKI

Ancien chef de clinique de la Faculté à la Salpêtrière,
Médecin des hôpitaux.

(Extrait des *Archives de Neurologie*, n° 60.)

L'hystérie a été considérée pendant longtemps, et c'est là encore l'opinion de certains médecins arriérés, comme un état morbide caractérisé essentiellement par un besoin continu de simulation, de supercherie, et par une aptitude à reproduire tous les troubles fonctionnels imaginables. De là le dédain manifesté par la plupart pour l'étude de cette névrose, bonne tout au plus, disait-on, à occuper des esprits naïfs et crédules. Quel intérêt pouvait-il y avoir, en effet, à observer des phénomènes qui ne semblaient soumis à d'autres lois que celles du caprice et du hasard?

L'idée qu'on se fait actuellement de l'hystérie est tout autre : la généralité des médecins, tant en France qu'à l'étranger, se sont dégagés de leurs anciens préjugés à cet égard et ont enfin compris l'importance du rôle que joue cette névrose dans la neuro-patholo-

gie. Cette évolution, progressivement accomplie, est due principalement aux efforts ininterrompus de notre maître M. Charcot, qui a démontré. dans une série de travaux successifs, que les manifestations de l'hystérie, loin d'être abandonnées à la fantaisie, sont au contraire sous la dépendance des lois les plus rigoureuses.

C'est ainsi que la grande attaque d'hystérie, qui paraissait autrefois caractérisée par une succession de contorsions irrégulières, sans lien, et susceptibles de revêtir toutes les formes imaginables, est au contraire, comme l'a établi M. Charcot, constituée par une série de phases méthodiquement réglées, qui se déroulent suivant un ordre déterminé avec précision.

On peut affirmer aussi maintenant que la chorée rythmée, le mutisme, les paralysies et les contractures, les anesthésies et hypéresthésies hystériques se manifestent par des caractères cliniques beaucoup plus fixes et bien moins soumis aux variations individuelles que ceux qui appartiennent aux affections nerveuses organiques.

La connaissance de ces faits était bien de nature à ébranler les opinions anciennes. Mais ce qui a peut-être contribué, pour une plus grande part, à éclairer les esprits et à en éloigner l'idée de simulation, ce sont les notions que nous possédons actuellement sur l'hystérie de l'homme, sur son existence et sa fréfréquence, chose inattendue, chez des sujets primitifs, rudes, dépourvus de toute culture intellectuelle et différant de la manière la plus radicale, au point de vue psychique, des hystériques du sexe féminin, dont l'état mental était considéré autrefois comme caractéris-

tique de cette névrose [1]. Ajoutons enfin que l'intérêt pratique qu'il y a à établir le diagnostic d'une maladie dont le pronostic diffère essentiellement de celui que comportent la plupart des affections organiques, et dans laquelle on peut bien souvent intervenir avec succès et obtenir de brillants résultats thérapeutiques, que cet intérêt, dis-je, a aidé aussi à surmonter les préjugés et à faire accorder à l'hystérie une place importante dans le cadre nosographique.

Bien plus, il y aurait plutôt lieu aujourd'hui de combattre l'excès contraire qui consiste à voir l'hystérie là où elle ne se trouve pas, et à lui attribuer presque exclusivement des troubles fonctionnels dont elle n'est pas l'unique dépositaire, ou même qui ne lui appartiennent à aucun titre. C'est ainsi, par exemple, que l'on voit souvent maintenant fonder le diagnostic d'hystérie sur la seule existence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, qui pourtant peut reconnaître pour cause une lésion organique du système nerveux.

Ce n'est cependant pas dans le but de combattre une exagération de cette nature que je publie ce travail; au contraire je me propose de démontrer que la migraine ophthalmique, qu'on n'a pas encore jusqu'à présent reliée à l'hystérie, peut être parfois sous la dépendance de cette névrose.

Mais j'ai cru devoir faire la remarque précédente pour bien montrer que j'ai, tout au moins, cherché à me mettre en garde contre cette tendance dont on accuse parfois, et cela bien à tort, l'Ecole de la Sal-

[1] Voir *Œuvres complètes* de M. Charcot, publiées par Bourneville, t. III, p. 249 et suivantes.

pêtrière, d'agrandir sans cesse et sans raison le cadre de l'hystérie.

Il y a en somme, croyons-nous, un double écueil qu'il faut éviter dans les études de ce genre; d'une part se garder de limiter dès maintenant le domaine de l'hystérie sous le prétexte fallacieux qu'il a été suffisamment étendu dans ces derniers temps; d'autre part ne pas se laisser entraîner à faire entrer dans ce cadre des manifestations dont la nature hystérique n'est pas démontrée à l'aide de preuves rigoureuses.

Mais ce sont là des recommandations banales, et je veux essayer de montrer d'une façon plus précise comment il faut procéder pour arriver à se faire, à ce sujet, dans un cas déterminé, une opinion fondée.

Je vais d'abord prendre quelques exemples en choisissant des syndromes dont personne ne conteste actuellement les relations avec l'hystérie.

Voici un malade qui, à la suite d'une attaque d'hystérie, se trouve dans l'impossibilité absolue de parler et même de chuchoter; il ne peut articuler un seul mot, une seule syllabe, ni pousser un cri et c'est à peine s'il lui est possible de faire entendre, en faisant des efforts, un son rauque, sourd; toutefois, la langue et les lèvres se meuvent avec facilité pour accomplir les fonctions qui ne ressortissent pas au langage. Le malade a conservé toute son intelligence; il comprend très bien les questions qu'on lui pose; répond par écrit et ne présente pas d'agraphie [1]. On constate l'existence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, du rétrécissement concentrique du champ visuel. Le mutisme, après avoir persisté pendant

[1] Voir *Œuvres complètes* de M. Charcot, t. III, p. 422 et suivantes.

quelque temps, sans subir aucune modification, vient un jour à disparaître sous l'influence d'une émotion. La présence des stigmates hystériques, les relations chronologiques entre l'attaque hystérique et le mutisme, la disparition brusque de l'affection, sont les raisons qu'on peut faire valoir pour établir que celle-ci relève de l'hystérie, et il ne viendrait à l'idée de personne de contester la légitimité de ce diagnostic.

Voici maintenant un autre malade exactement semblable aux précédent si ce n'est que les stigmates hystériques font défaut chez lui. Cette différence ne saurait évidemment établir une distinction fondamentale entre les deux sujets et là encore tout médecin admettra volontiers que l'hystérie est en cause.

Voici enfin un troisième malade chez lequel on constate l'existence d'un mutisme identique dans son aspect symptomatique à celui des sujets précédents; mais l'accident n'a pas été précédé d'une attaque d'hystérie, on ne sait encore quel sera son mode de terminaison et il n'y a aucun stigmate hystérique. En pareil cas, le diagnostic d'hystérie peut paraître difficile à soutenir. Toutefois, si on se reporte aux premières observations, si on se rappelle que le facies symptomatique est de part et d'autre exactement pareil, on arrive déjà à cette idée que l'hypothèse d'hystérie ne peut être éliminée d'emblée. Enfin si on tient compte de ce que, jusqu'à présent, on ne connaît pas un seul fait dans lequel un mutisme caractérisé par les particularités que nous avons indiquées ait été l'expression d'une lésion organique du système nerveux, ou bien encore ait pu être manifestement rattaché à une névrose autre que l'hystérie, on peut, à bon droit,

porter, même dans ce cas, le diagnostic de mutisme hystérique. Ce que nous venons de dire là du mutisme pourrait être répété dans les mêmes termes à propos de quelques autres manifestations de l'hystérie, de l'hémispasme glosso-labié, par exemple.

Poursuivons. On se trouve en présence d'un malade qui est atteint de troubles hystériques divers et qui en outre est affecté d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle consécutive à une attaque. La nature hystérique de l'hémianesthésie ne sera pas contestée.

Mais voici un autre sujet, qui n'a jamais présenté aucun phénomène hystérique et chez lequel on constate exclusivement l'existence de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Est-on en droit d'affirmer alors, comme dans notre dernière observation de mutisme, que le trouble de la sensibilité relève de l'hystérie? Assurément, non, car il est établi que l'hémianesthésie peut être sous la dépendance d'une lésion organique de la capsule interne. L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle dont la présence est si fréquente dans l'hystérie et qui persiste généralement avec tant de ténacité qu'elle est considérée, à juste titre, comme un des stigmates de l'hystérie, constitue pourtant un accident qui n'est pas caractéristique par lui-même. Prenons encore un autre exemple:

Un malade est atteint d'accès épileptiformes. La présence de stigmates hystériques, la possibilité de faire naître ou de suspendre ces accès par la pression exercée sur certaines régions, l'absence d'élévation thermique, lorsque ces accès se succèdent avec rapidité en constituant un état de mal, la diminution de la quantité de matières azotées rendues par les urines,

l'inefficacité du traitement bromuré, l'action favorable de diverses méthodes thérapeutiques (hydrothérapie, isolement, suggestion, etc.) employées généralement contre les accidents hystériques, tels sont les arguments qui peuvent permettre de démontrer que les attaques sont liées à l'hystérie.

Mais si ces divers renseignements font défaut, et si, pour établir le diagnostic, on en est réduit à l'observation exclusive des mouvements convulsifs, le diagnostic ne peut être immédiatement établi.

Il existe donc deux groupes de manifestations hystériques; à l'un appartiennent les troubles auxquels l'hystérie seule paraît capable de donner naissance; ce sont en quelque sorte *des accidents spécifiques* qui suffisent à démontrer l'existence de cette névrose; au deuxième groupe appartiennent les symptômes et syndromes qui sont communs à l'hystérie et à d'autres maladies.

Cette distinction des troubles hystériques en deux groupes n'est peut-être pas absolument radicale et des observations ultérieures pourraient conduire à modifier la formule précédente. Rien n'empêche en effet d'admettre qu'une lésion organique puisse occuper le territoire cérébral qu'envahit l'hystérie lorsqu'elle provoque l'apparition du mutisme ou de quelque autre accident soi-disant spécifique. Mais il faut reconnaître que si ce fait peut se réaliser, il doit être, tout au moins, exceptionnel, puisqu'on n'en connaît pas encore d'exemple. D'autre part il est permis aussi de supposer que certains syndromes qui ne semblent pas spéciaux à l'hystérie présentent pourtant, lorsqu'ils se lient à cette névrose, quelques caractères particuliers qu'une

analyse plus rigoureuse permettra un jour de mettre en évidence et qui établiront ainsi leur spécificité. Quoi qu'il en soit de ces hypothèses la distinction précédente me paraît justifiée jusqu'à nouvel ordre.

Nous venons de passer en revue en prenant quelques exemples, et en procédant ainsi d'une façon concrète, quelques-uns des arguments sur lesquels on peut fonder dans un cas donné le diagnostic d'hystérie et nous avons choisi, à dessein, des syndromes dont les relations avec l'hystérie sont admises depuis longtemps sans conteste. Mais il est bien clair qu'une argumentation du même ordre aura exactement la même valeur s'il vient à s'agir d'un syndrome qui n'a pas encore été jusqu'à présent rattaché à cette névrose. Nous allons maintenant étudier méthodiquement les uns après les autres, en cherchant à déterminer la valeur de chacun d'entre eux, les divers arguments qu'on invoque tour à tour, quand on veut établir qu'une affection relève de l'hystérie. On peut les ranger en cinq groupes principaux suivant qu'ils se rapportent 1° à l'aspect symptomatique de l'affection dont on s'occupe; 2° à son évolution; 3° à son étiologie; 4° à l'influence que peut avoir sur elle tel ou tel traitement; 5° aux renseignements fournis par l'expérimentation sur les hypnotiques. Passons-les successivement en revue.

1° *a*) On attache généralement une grande importance à la présence de stigmates hystériques, tels que l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, le rétrécissement du champ visuel, l'anesthésie du pharynx, etc. Il faut pourtant remarquer qu'on peut être hystérique et être atteint en même temps d'une affection nerveuse indé-

pendante de l'hystérie, comme on peut aussi présenter une affection hystérique sans avoir aucun des stigmates de cette névrose. Il ne suffit donc pas d'établir que le malade dont on s'occupe est hystérique ; il est nécessaire de montrer que le syndrome dont il est porteur a quelques uns des attributs de l'hystérie.

b) Certains syndromes, comme le mutisme, par leurs caractères intrinsèques, et abstraction faite de toutes les autres circonstances, présentent un facies tout à fait spécial quand ils sont sous la dépendance de l'hystérie, et le diagnostic, en pareil cas, n'est pas douteux. Mais il est évident qu'avant de chercher à démontrer qu'un syndrome est propre à l'hystérie, il y a lieu d'établir préalablement que cette névrose est susceptible de lui donner naissance.

c) Enfin un syndrome peut devoir son cachet hystérique à certains caractères extrinsèques, entre autres à la possibilité de le faire apparaître ou disparaître à volonté, par une pression exercée sur certaines régions, à l'absence d'élévation thermique, peut être aussi à la quantité d'urée et à quelques autres particularités urologiques[1] quand il s'agit de troubles nerveux qui se manifestent sous forme d'accès.

2° L'évolution de l'affection peut fournir des arguments précieux.

a) Le mode de début ne donne, il est vrai, que des indications d'une importance secondaire. On dit parfois que la soudaineté dans l'apparition d'un accident nerveux tend à démontrer que l'hystérie est en cause ; c'est là une erreur ; les affections hystériques se déve-

[1] Voir Gilles de la Tourette et Cathelineau. — *La nutrition dans l'hystérie.* (*Progrès médical*, 1890.)

loppent avec rapidité, mais non soudainement, et la brusquerie dans le début appartiendrait plutôt à quelques affections organiques du système nerveux.

b) Le mode de terminaison constitue, au contraire, un élément d'appréciation dont on peut tirer un grand parti ; une disparition rapide de certains accidents peut en effet permettre d'éliminer complètement l'hypothèse d'une lésion organique et même de certaines névroses, et mener ainsi au diagnostic.

c) L'hystérie ne conduit que rarement à la déchéance psychique contrairement a ce qui a lieu pour l'épilepsie ; l'intégrité de l'intelligence doit donc être prise en considération.

d) Les relations qu'affectent un syndrome avec certaines manifestations hystériques peuvent avoir, au point de vue qui nous occupe, une valeur capitale. S'il survient dans le cours ou à la suite d'une attaque d'hystérie, s'il est susceptible de succéder, en le remplaçant, à quelque phénomène hystérique, ou bien encore, s'il peut être suppléé par un phénomène de ce genre, il y a de très grandes probabilités pour que ce syndrome dépende de l'hystérie. On pourrait nous objecter, toutefois, que des troubles nerveux peuvent prendre la place les uns des autres sans appartenir pourtant à la même espèce morbide. Nous pourrions nous-même citer des observations de cet ordre ; nous mentionnerons en particulier l'exemple d'un malade qui, après avoir été atteint pendant plusieurs années, d'accès d'asthme, en fut débarrassé à une époque, et fut affecté, quelques mois après, d'un spasme du cou ; or il s'agit là de deux états qui ne paraissent pas avoir de connexions intimes. Aussi l'argument précédent nous

paraît-il surtout démonstratif, lorsque les deux phénomènes se succèdent à court intervalle, lorsqu'ils alternent plusieurs fois l'un avec l'autre, et qu'ils semblent constituer ainsi de véritables équivalents.

3° Les causes qui peuvent donner naissance aux diverses manifestations hystériques sont multiples; les émotions morales, le surmenage, le traumatisme, les intoxications, les infections, etc., peuvent être incriminés, mais il n'y a rien là qui appartienne en propre à l'hystérie ; les influences psychiques paraissent toutefois jouer là un rôle plus important que dans les autres maladies.

4° Les résultats obtenus par le traitement peuvent apporter dans certains cas, quelques probabilités en faveur du diagnostic. On sait en effet que le plus souvent le bromure de potassium n'exerce aucune action sur l'hystérie, et que, par contre, les pratiques hydrothérapiques, l'isolement des malades, les divers modes de suggestion à l'état de veille ou d'hypnotisme amènent souvent l'amélioration et la guérison.

5° J'arrive enfin au dernier argument, celui que peut fournir l'expérimentation sur les hypnotiques. En quoi consiste-t-il ?

Reprenons d'abord l'idée ancienne d'après laquelle l'hystérique serait capable de reproduire tous les troubles fonctionnels possibles, et qui, en apparence, s'appuie sur quelques fondements pour le motif suivant: lorsqu'on essaye, chez une hystérique (ce procédé réussit surtout si on est en présence d'un sujet hypnotisé) à développer par la suggestion des symptômes dûs par exemple à quelque maladie organique du système nerveux, on obtient souvent une repro-

duction qui peut paraître parfaite à un observateur peu attentif. Mais il n'y aura pas de méprise pour un neuro-pathologiste exercé; l'hystérique, en effet, parviendra, dans ce cas, à présenter un aspect symptomatique qui rappellera l'affection en question, soit grâce à la faculté d'imitation que nous possédons tous à un degré plus ou moins accentué, mais la copie se distinguera aisément de l'original, soit en faisant éclore chez elle des manifestations hystériques qui ne ressemblent que grossièrement aux phénomènes dont il s'agit. On cherche, par exemple, à faire reproduire les signes cliniques de l'hémiplégie faciale périphérique, soit en montrant le malade au sujet hypnotisé, soit en lui suggérant qu'une des commissures labiales s'élève ou s'abaisse. On pourra obtenir ainsi, il est vrai, ure déviation faciale due, soit à une contraction musculaire, soit à une contracture, un spasme glosso-labié, mais les caractères seront faciles à distinguer de ceux qui appartiennent à la paralysie faciale[1]. Je ne veux pas soutenir, pourtant, que les troubles hystériques soient seuls susceptibles d'être reproduits par suggestion ; mais je suis très enclin à admettre que, le plus généralement, on ne peut obtenir ainsi, quand il s'agit de phénomènes indépendants de l'hystérie, que des contre-façons, mais non pas des reproductions véritables.

En somme, on peut, croyons-nous, établir la règle suivante : la suggestion donne à une hystérique le pouvoir de reproduire, avec une exactitude rigoureuse, des troubles fonctionnels, sinon exclusivement, du

[1] Voir *Spasme glosso-labié uni-latéral des hystériques.* Leçon de M. Charcot. (*Semaine Médicale*, an 1887, p. 37.)

moins principalement, quand ceux-ci sont de nature hystérique; d'où découle, et cette conséquence est intéressante au point de vue qui nous occupe, que lorsqu'un syndrome peut être reproduit avec précision par un sujet hypnotisé, il y a lieu de supposer que l'hystérie est un de ses agents producteurs. C'est, en partie, en se fondant sur cet argument que M. Charcot a démontré que certaines paralysies traumatiques sont sous la dépendance de l'hystérie[1].

Les caractères sur lesquels on peut s'appuyer pour soutenir qu'un trouble nerveux donné dépend de l'hystérie sont, comme on le voit, assez nombreux et n'ont pas tous la même valeur. Suivant le nombre auquel ils seront réunis dans un cas déterminé, et l'importance individuelle de chacun d'eux, on sera amené à accepter le diagnostic d'hystérie. avec ou sans réserves, et parfois il sera impossible de résoudre la question. Quoi qu'il en soit, c'est en suivant la méthode que nous venons d'exposer, c'est en soumettant chaque cas à une analyse rigoureuse qu'on pourra arriver à se faire une opinion motivée.

Les considérations précédentes ne paraîtront pas déplacées, je le suppose, ni étrangères au sujet principal de ce travail. Il m'a semblé, en effet, qu'il était essentiel de bien indiquer, dès l'origine, les principes qui m'ont servi de guide, et j'espère pouvoir démontrer mainte-

[1] Voir *Œuvres complètes* de M. Charcot, t. III, p. 315 et suivantes. Il faut remarquer que dans les expériences faites à la Salpêtrière, dans lesquelles on a cherché à obtenir par suggestion la reproduction de manifestations chez des sujets hypnotisés, on s'est toujours adressé à des sujets hystéro-épileptiques présentant les caractères du grand hypnotisme. Voir à ce sujet : *Grand et petit hypnotisme*, par Babinski. (*Archives et neurol.*, 1889, nos 49 et 50.)

nant sans difficulté, en signalant simplement les arguments favorables à cette thèse que la migraine ophthalmique peut être sous la dépendance de l'hystérie.

La migraine ophthalmique survient de préféférence, comme on le sait, chez des arthritiques et des névropathes. Les relations de ce syndrome avec la goutte, la paralysie générale, l'épilepsie, le tabes, ont été dans plusieurs observations mises en évidence. M. Charcot a fait voir que la migraine ophthalmique pouvait être le prélude de la méningo-encéphalite diffuse; depuis, M. Parinaud et plus récemment M. Blocq[1], ont rapporté des faits du même genre. Cette affection peut aussi entrer en combinaison avec le tabes (Charcot, Roullet) elle coïncide parfois avec des accès épileptiformes et peut se substituer à des accès d'épilepsie véritable.

La coïncidence de la migraine ophthalmique et de l'hystérie a été notée déjà depuis longtemps, et a été mentionnée en particulier par Galezowski, Féré, Raullet, Robiolis. Mais aucun de ces auteurs ne démontre qu'il peut y avoir un lien étroit entre ces deux états et que la migraine ophthalmique peut être une manifestation de l'hystérie.

Cette dernière opinion a été émise par M. Charcot à l'occasion de l'examen qu'il fit du malade qui fait le sujet de l'Observation I [2]. C'est cette thèse que je me propose de soutenir dans ce travail, en me fondant sur plusieurs observations recueillies dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière[3].

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 54.

[2] Voir *Leçons de mardi*, 1887, 1888, p. 101.

[3] Un résumé de ce travail a déjà paru dans les *Bulletins de la Société de Biologie*, 1889, p. 547.

Observation I. — *Malade âgé de vingt-un ans. — Accès de migraine ophthalmique. — Attaques convulsives. Ces attaques sont parfois précédées par une aura qui consiste tantôt en un accès de mutisme de nature hystérique, tantôt en un accès de migraine ophthalmique. — Stigmates hystériques : hémianesthésie à droite, anesthésie du voile du palais et du pharynx, amblyopie, diplopie monoculaire, rétrécissement bilatéral du champ visuel. — Les attaques convulsives et les accès de migraine se sont développés à la même époque, et ont disparu en même temps, deux mois après le début du traitement qui a consisté en bromure et en douches.*

Prud..., âgé de vingt-un ans, graveur.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Neuf frères et sœurs, dont quatre sont morts et parmi ces derniers l'un a succombé à une méningite. — L'une des sœurs est très impressionnable; elle a eu, il y a de cela deux ans, des attaques sur les caractères desquelles nous manquons de renseignements précis, nous savons seulement que pendant ces crises elle conservait en partie sa connaissance et qu'elle pleurait et poussait des cris.

Antécédents personnels. — Jusqu'au mois de janvier 1886, Prudh... a joui d'une très bonne santé.

A cette époque il fut atteint d'une conjonctivite intense qui provoqua l'apparition de douleurs lancinantes dans l'œil et d'une obnubilation de la vue, phénomènes intermittents, qui se développaient chaque jour vers la même heure, duraient environ quatre heures et disparaissaient peu à peu. — Un médecin déclara qu'une opération était nécessaire, et il fut décidé que celle-ci aurait lieu le 31 janvier. Le malade attendit ce jour avec une grande anxiété, et à la date fixée, il eut une première attaque convulsive.

Le lendemain à trois heures de l'après-midi, deuxième attaque semblable à la précédente, et pendant quinze jours de suite, crises analogues, apparaissant à la même heure, survenant brusquement sans être annoncées par quelque signe précurseur.

A partir du quinzième jour environ les attaques se modifient en ce qu'elles sont précédées par un aura constitué comme il suit : pendant un quart d'heure le malade ressent une douleur siégeant au niveau du vertex, qui semble se propager ensuite, dit-il, par l'intermédiaire de fils jusqu'au-dessus du rebord orbitaire gauche, et devient très vive, en même temps il éprouve une sensation de tremblement de l'aile gauche du nez. Puis survient une vision lumineuse. Prudh... aperçoit du côté gauche et des deux yeux à la fois, ce dont, il s'est assuré, en fermant alternativement l'œil droit et l'œil gauche, des étincelles, des traits lumineux jaunes, qui, petit à petit se réunissent et constituent une figure ayant l'aspect suivant : la périphérie est formée par une ligne en zigzags, faisant

un tour incomplet, une sorte de roue irrégulière, brisée en un point, tournant sur elle-même, et colorée de teintes brillantes, rouges, bleues, vertes et jaunes, l'espace délimité par cette ligne est sombre. Cette figure, petite au début, s'agrandit de plus en plus et finit par occuper tout le champ visuel[1]. Puis, après une durée de quelques minutes, la vision lumineuse s'atténue, et disparaît rapidement du côté gauche. Pendant toute la durée du scotome, la douleur de tête persiste, mais elle est réduite à de simples élancements assez espacés et localisés seulement à la partie supérieure de l'orbite gauche. L'attaque survient alors : le malade tombe à terre, privé de connaissance, ses membres sont agités de mouvements convulsifs peu intenses, et il a une tendance à tourner autour de l'axe vertical de son corps, de droite à gauche. Il se mord parfois la langue, mais ne pousse pas de cris. L'attaque dure habituellement dix minutes, et dès qu'elle est terminée, Prudh... revient complètement à lui sans éprouver d'affaissement, et son intelligence est absolument lucide.

Le malade, prévenu par son aura de l'approche de l'attaque peut, par un effort de volonté, retarder le moment de son apparition, mais la crise est alors plus intense.

Le scotome et la migraine ne sont pas toujours suivis de l'attaque; il arrive souvent, qu'ils apparaissent et présentent tous les caractères qui viennent d'être indiqués, indépendamment de toute crise convulsive. Parfois aussi, la douleur de tête qui précède le scotome se développe et disparaît sans être suivie de la vision lumineuse.

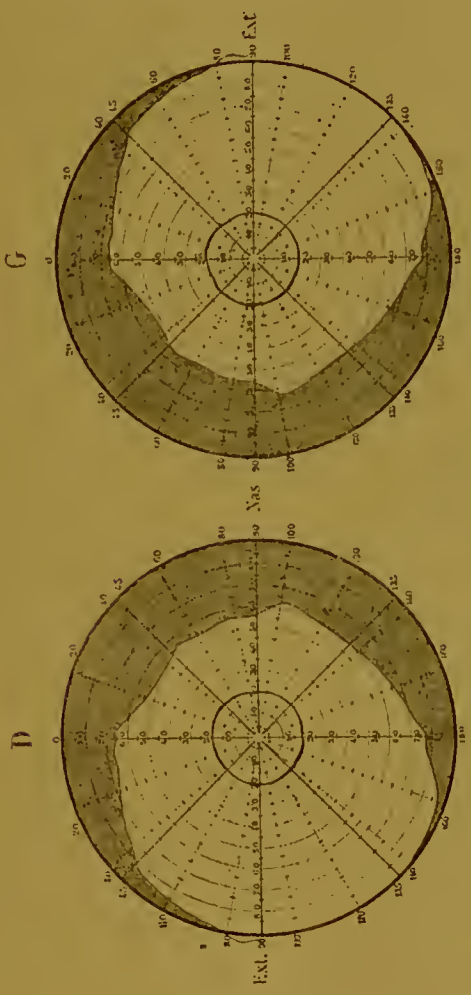
D'autre part, l'aura de l'attaque convulsive, au lieu d'être constitué par la migraine ophthalmique, est représenté dans certaines crises, par du mutisme. Cela arrive particulièrement quand Prudh... soutient une conversation ; un sentiment d'ennui et de tristesse s'empare alors de lui, sa langue s'embarrasse, et il lui devient impossible de parler, d'émettre même le moindre son ; il conserve pourtant sa connaissance jusqu'au moment où le convulsions apparaissent.

Le malade vient à la Salpêtrière consulter M. Charcot le 3 mars 1886. La veille encore il a eu une attaque, et comme on le voit, il présente les troubles que nous venons de décrire, depuis plus d'un mois. C'est un homme de petite taille, chétif.

La sensibilité générale, au tact, à la douleur, à la température, et le sens musculaire sont notablement affaiblis à droite. Le pharynx et le voile du palais sont insensibles. Le malade présente des troubles visuels des deux yeux; il y a de l'amblyopie légère, de la diplopie monoculaire et un rétrécissement très accentué du

[1] Voir Planche I. Le dessin a été fait au pastel par le malade lui-même.

champ visuel (voir fig. 24 et 25). On soumet le malade à l'hydrothérapie, et on lui prescrit en même temps du tribromure (à doses progressivement croissantes et décroissantes) de 3 à 5 grammes par jour. Prudh... revient à la consultation un mois après. Son état s'est no-



tablement amélioré; les attaques convulsives ont complètement disparu ; quant aux accès de scotome et de migraine, ils apparaissent plus rarement, et les couleurs des lignes lumineuses sont bien moins brillantes qu'auparavant. Le traitement est continué.

Deux mois après le malade revient de nouveau à la Salpêtrière

et dit que depuis un mois il n'a plus éprouvé aucun trouble. Les signes constatés, lors du premier examen, hémianesthésie, etc., ont presque complètement disparu.

Prudh, depuis cette époque n'est plus revenu à la consultation et il y a lieu de croire qu'il est guéri, car, comme il habite Paris, il aurait vraisemblablement reparu, si son affection s'était renouvelée.

Observation II. — *Jeune fille âgée de seize ans. — Stigmates de l'hystérie : hémianesthésie sensitivo-sensorielle à droite, dyschromatopsie et léger rétrécissement du champ visuel à droite. — La malade est sujette à des attaques constituées comme il suit : battements dans les tempes, sensation de constriction dans la gorge, mouvement d'abaissement et d'élévation de la paupière droite, qui se succèdent rapidement ; en même temps, scotome scintillant et hémicranie droite, très violente. — Il existe dans la région vertébrale, au niveau de la sixième dorsale, une zone d'hypéresthésie qu'il suffit de presser, même superficiellement, pour faire apparaître le scotome. — Traitement : bromure de potassium et hydrothérapie. — Amélioration très rapide.*

A. G..., âgée de seize ans, vient à la Salpêtrière à la consultation de M. Charcot au mois de décembre 1887.

Antécédents héréditaires. — D'après les renseignements que donne la malade, il n'y a rien à signaler à cet égard.

Antécédents personnels. — Plusieurs maladies dans l'enfance, mais aucune manifestation névropathique.

L'affection dont elle souffre actuellement remonte à trois mois, et la première manifestation a consisté en douleurs de tête survenant par accès, apparaissant tous les jours à quatre heures du soir, s'atténuant pendant la nuit et disparaissant dans la matinée. Ces douleurs occupent le côté droit de la tête et elles ont leur maximum d'intensité dans les régions sus-orbitaire et temporale en dehors du trajet des filets nerveux. Elles sont lancinantes, s'accompagnent de photophobie de l'œil droit qui est presque toujours fermé, s'exagèrent par le bruit et diminuent par la pression exercée sur la région affectée.

Cette première période dure dix jours. Aux accès de céphalalgie viennent s'ajouter alors des douleurs siégeant dans la région vertébrale, au niveau de la sixième dorsale, dans les régions sus et sous-mammaires ; elles sont d'abord intermittentes, puis deviennent fixes et obligent le malade à s'aliter ; ces douleurs sont fugitives et gênent la respiration et les divers mouvements. Cinq jours

après surviennent des douleurs dans les genoux, surtout du côté gauche, avec hémianesthésie cutanée de la région externe de la jambe.

Enfin, après une nouvelle période de cinq jours, quelques-uns des phénomènes que nous venons de mentionner s'atténuent et on voit apparaître alors des crises nerveuses semblables à celles qu'elle présente actuellement et qui sont constituées comme il suit.

La malade ressent des battements dans les tempes, elle éprouve une sensation de constriction dans la gorge et la paupière droite est animée de mouvements rapides d'élévation et d'abaissement. Il se développe une douleur de tête très violente analogue au point de vue de son siège, à la céphalalgie du début, et en même temps la malade a une vision lumineuse qu'elle décrit de la façon suivante : elle aperçoit à gauche une figure qu'elle compare, quant à la forme, à une étoile qui s'agrandirait petit à petit, dont la périphérie serait constituée par une ligne en zigzags d'un jaune lumineux et dont le centre serait représenté par un espace obscur parsemé de points brillants[1]. Ces crises ne durent que quelques minutes ; elles apparaissent spontanément six à huit fois par jour, mais on peut les faire naître à volonté en comprimant le point douloureux de la région dorsale, et la malade peut encore obtenir le même effet en fermant l'œil droit.

A. G... a l'apparence d'une fille vigoureuse. Il y a une diminution de la sensibilité au tact, à la douleur, à la température et du sens musculaire à droite. La malade ne peut se tenir sur le pied droit, les yeux fermés, tandis qu'elle le fait bien sur le pied gauche. Il y a de la dyschromatopsie à droite ; elle ne distingue pas le violet et le bleu du noir. Le champ visuel de l'œil droit est un peu rétréci. Il y a une diminution du sens de l'odorat et l'abolition du sens du goût à droite.

On prescrit à la malade du bromure de potassium, 3, 4, 4, 5 gr., et des pratiques hydrothérapiques.

Elle revient deux mois après sa première visite. Son état est très amélioré. Les accès n'apparaissent plus que les tous dix jours environ; le scotome scintillant est beaucoup plus petit et moins brillant, et la céphalalgie est moins vive.

La malade a été revue un an après et quoique, depuis sa deuxième visite, elle n'ait suivi le traitement prescrit que d'une façon très irrégulière, les crises n'ont reparu qu'à de très rares intervalles.

[1] La malade ne peut nous donner de renseignements plus précis sur les caractères de son scotome.

Observation III. — *Jeune fille âgée de vingt-deux ans. — Stigmates hystériques peu accentués : légère hémianesthésie à droite, diminution du goût et de l'odorat à gauche. — Migraine ophthalmique avec scotome scintillant si violent parfois, qu'il est suivi pendant quelques instants d'une obnubilation de l'intelligence. — La région ovarienne gauche est un peu hypéresthésiée, et la pression à ce niveau a provoqué pendant un examen l'apparition du scotome. — L'accès de migraine se développe parfois, dit la malade, sous l'influence d'une émotion, d'une peur. Il suffit souvent qu'elle pense au scotome pour que celui-ci apparaisse. Inversement, les paroles encourageantes d'une personne en qui elle a confiance, qui lui affirme que la crise ne sera pas longue, suffit souvent à l'enrayer. — La migraine ophthalmique qui s'est développée, il y a de cela huit ans, et qui a été, à plusieurs reprises, traitée par le bromure, s'est toujours atténuée sous l'influence de ce médicament, mais n'a pas disparu.*

E. R..., âgée de vingt-deux ans.

Antécédents héréditaires. — Père original. Un oncle et un cousin fous. Mère sujette à de violents accès de migraine (pas ophthalmique).

Antécédents personnels. — Etant petite, de l'âge de trois à cinq ans, elle a eu des crises nerveuses nocturnes, d'une durée de une à deux heures, constituées par des hallucinations, des cris ; elle se débattait contre les personnes qui se trouvaient auprès d'elle. Elle avait en même temps, dit-elle, des vers, et l'administration d'un vermifuge la débarrassa de ces attaques. Quelque temps après elle contracta la scarlatine, et à la suite de cette maladie elle resta sourde pendant six mois. La menstruation s'établit à l'âge de douze ans ; et jusqu'à l'âge de quatorze ans elle fut très bien portante.

De l'âge de quatorze à seize ans, E. R... est tourmentée par son père, adepte d'une religion nouvelle, qui cherche par tous les moyens à la convertir à ses croyances ; elle se levait la nuit et avait des visions terrifiantes.

A l'âge de seize ans, à l'occasion d'une vive émotion, la malade eut une crise nerveuse constituée de la façon suivante : tout d'un coup la malade vit devant elle une lumière aussi vive que celle du soleil, limitée à la périphérie par une ligne brisée, douée de vibrations occupant toute l'étendue du champ visuel et mettant la malade dans l'impossibilité absolue de voir les objets placés devant elle. Cette vision lumineuse fut de courte durée, et elle fut suivie d'une perte de connaissance qui s'est prolongée plus d'une heure, et de convulsions sur les caractères desquels la malade ne peut donner de renseignements. Pendant deux jours consécutifs elle resta anéantie, entendant, mais ne comprenant pas ce

qu'on disait auprès d'elle. Elle éprouvait aussi un violent mal de tête du côté gauche.

Quinze jours après, nouvel accès constitué d'une façon différente : la malade voit devant l'œil droit une lumière qui occupe toute l'étendue du champ visuel ; cette lumière est vive ; elle est limitée de tous côtés à sa périphérie par des zigzags de couleurs rouge, bleue, verte et jaune, qui se déplacent et vibrent sans cesse ; en même temps, douleur en vrille très vive dans l'œil gauche et nausées suivies de vomissements. Cet accès ne fut pas suivi de perte de connaissance; la vision lumineuse dura une heure, la céphalalgie persista six heures et la malade resta pendant deux jours accablée de fatigue et de tristesse.

Pendant trois mois, des accès semblables à celui que nous venons de décrire se reproduisaient tous les quinze jours, sans présenter, du reste, aucune relation avec les périodes menstruelles. La malade put observer ainsi avec attention les différents caractères de ces accès qui, sans être chaque fois de même intensité, présentaient toujours les mêmes traits essentiels. La lumière apparaissait à droite et elle semblait envahir rapidement toute l'étendue du champ visuel ; en effet, lorsque les deux yeux étaient ouverts, la malade ne voyait rien devant elle; si elle fermait l'œil gauche elle ne pouvait non plus distinguer aucun objet; au contraire, si elle fermait l'œil droit, la vision était distincte. (La malade est très affirmative à cet égard, elle assure avoir renouvelé plusieurs fois l'expérience et avoir obtenu toujours le même résultat.)

La pupille droite était resserrée à ce moment. Puis, lorsque la vision lumineuse disparaissait, la malade restait quelque temps aveugle des deux yeux ; ensuite, la cécité restait limitée à l'œil droit et disparaissait enfin complètement. Après les crises violentes la langue était parfois embarrassée et il y avait comme une ébauche transitoire d'aphasie. Tous ces accès, sauf le premier, survenaient pendant le sommeil.

Les accès s'atténuèrent ensuite, sans disparaître complètement, et pendant deux ans, de seize à dix-huit ans, la malade ne suivit aucun traitement.

De dix-huit à vingt ans elle prit du bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, et à plusieurs reprises on lui administra du sulfate de quinine, de l'asa fœtida et du fer. Pendant tout ce temps, les accès de migraine furent plus rares et moins violents.

A l'âge de vingt ans, elle suspendit tout traitement et quinze jours après, apparut une nouvelle crise très violente. La malade reprit du bromure; les crises ne se renouvelèrent plus. Nouvelle interruption dans le traitement ; réapparition des crises. La malade prit alors des pilules de Gélineau ; les crises continuèrent à se produire ; ellse apparaissaient tou lrs,qiussi ees huit joun sa

le jour que la nuit, puis tous les quatre jours, et enfin chaque jour et chaque nuit.

La malade vient consulter M. Charcot, à la Salpêtrière, le 1er mars 1886. Elle est à ce moment dans sa vingt-deuxième année, et le début des accès dont elle souffre remonte à près de six ans. Ces accès sont très fréquents; ils reviennent quatre fois par jour, le matin au réveil, à midi, à 5 heures et lorsqu'elle s'endort. Ces accès diffèrent un peu de ceux qu'elles a eus autrefois en ce que la céphalalgie fait défaut, que la durée de la vision lumineuse est bien moins longue, et qu'après la disparition de celle-ci il n'y a pas de cécité.

L'examen de la malade permet de constater les particularités suivantes :

Etat général excellent. Légère diminution de la sensibilité générale à droite; les courants électriques sont manifestement mieux sentis à gauche qu'à droite. — Diminution du goût et de l'odorat à gauche. — L'examen des yeux fait par M. Parinaud ne révèle rien d'anormal. — La région ovarienne gauche est sensible à la pression, qui, à un moment, a amené l'apparition de la vision lumineuse à un faible degré, il est vrai; la pression a été aussitôt suspendue et tout est rentré dans l'ordre.

La malade est soumise au traitement bromuré à doses progressivement croissantes et décroissantes (3, 4, 4, 5 grammes par jour); les accès diminuent de nombre et d'intensité. L'hydrothérapie qu'on lui prescrit quelque temps après paraît donner de bons résultats.

Nous avons depuis cette époque revu la malade à plusieurs reprises. Son état s'est amélioré; les crises sont encore fréquentes mais sont loin d'avoir l'intensité des crises anciennes. La lumière, au lieu d'occuper toute l'étendue du champ visuel de l'œil droit, n'apparaît plus qu'à sa partie externe; elle est limitée, non plus comme autrefois par une ligne brisée, fermée de tous côtés, mais par des zigzags correspondant à un tiers de circonférence et formant une courbe irrégulière à convexité tournée en dedans; la malade peut percevoir à ce moment les objets environnants, mais ils ne paraissent pas en place; par exemple les arbres d'une avenue sont inclinés les uns sur les autres. Il n'y a pas d'hémiopie et il n'y en a jamais eu non plus autrefois.

E. R. nous a fait remarquer que les causes morales avaient une grande influence sur l'apparition des crises ; une peur, une émotion, le fait seul de penser à sa maladie suffisent parfois à les faire naître, et inversement les paroles encourageantes d'une personne en qui elle a confiance, qui lui affirme que la crise ne sera pas longue, suffit souvent à l'curayer.

Notons encore que la vision lumineuse disparaît rapidement quand la malade met sa tête dans une situation déclive.

Observation IV. — *Jeune fille de vingt ans et demi. — Stigmates hystériques ; hémianesthésie sensitivo-sensorielle à droite, anesthésie du fond de la gorge, rétrécissement bilatéral du champ visuel, dyschromatopsie, polyopie monoculaire. — Attaques hystériques qui se sont développées ainsi que les stigmates, il y a de cela quatre ans. — La malade présente les phénomènes du grand hypnotisme. — Depuis deux mois, accès de migraine ophthalmique ; à certains moments, la malade ne voit que la moitié des objets qu'elle fixe. Elle a été hypnotisée à plusieurs reprises, et il a toujours été possible de faire apparaître et disparaître par suggestion des accès de migraine ophthalmique. — Depuis que la migraine s'est développée, les attaques hystériques, qui étaient fréquentes jusqu'alors n'ont pas reparu.*

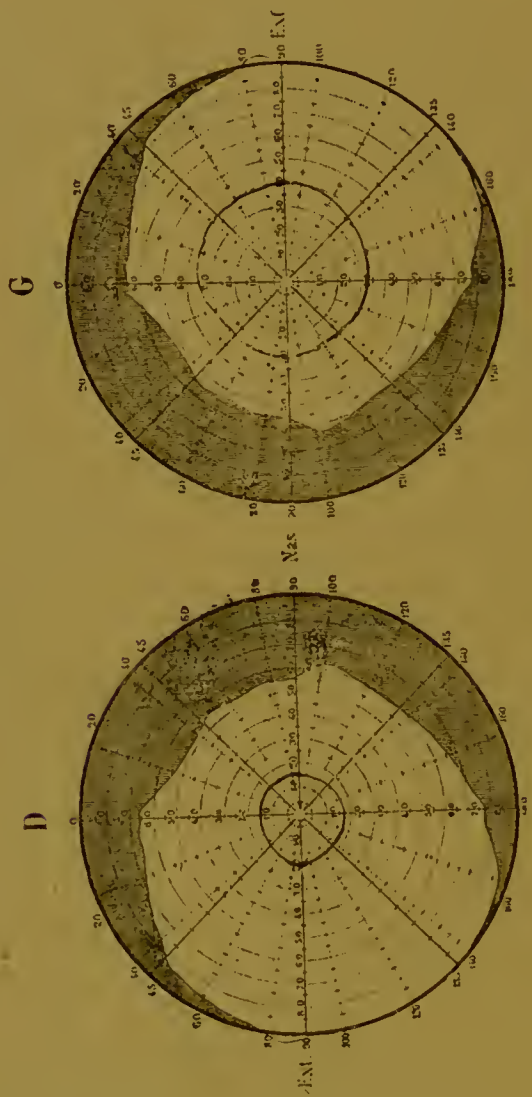
Lav..., âgé de vingt ans et demi.

Cette malade est depuis son enfance atteinte de myopathie progressive primitive. Son observation à cet égard a été publiée dans les leçons de M. Charcot (t. III, p. 202) et dans un mémoire, de MM. Marie et Guinon, sur les formes cliniques de la myopathie progressive (*Revue de Médecine* 1885).

Les premières manifestations hystériques se sont développées il y a de cela quatre ans environ. Elle présente actuellement : une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté droit; de l'anesthésie complète du fond de la gorge; on peut chatouiller la paroi postérieure du pharynx et le voile du palais sans provoquer de nausées, sans donner naissance à un mouvement réflexe quelconque ; des attaques hystériques caractérisées par des contractures et de grands mouvements avec ou sans perte de connaissance; des points hystérogènes sous les deux mamelles et dans les régions ovariennes; on peut aussi en comprimant la région ovarienne droite suspendre les attaques (voir fig. 26 et 27); un rétrécissement double du champ visuel, mais bien plus prononcé à droite; une légère amblyopie à droite; de la dyschromatopsie; la malade distingue toutes les couleurs, sauf le violet, en ce qui concerne l'œil gauche; sauf le violet et le jaune, en ce qui concerne l'œil droit; de la polyopie monoculaire. Ajoutons que la malade est hypnotisable et présente les phénomènes du grand hypnotisme.

Il y a de cela deux mois, la malade fut prise tout d'un coup dans le milieu de la journée d'un trouble de la vue caractérisé par l'apparition dans toute l'étendue du champ visuel de boules lumineuses, à couleurs multiples, l'empêchant de voir les objets qui étaient placés devant elle ; elle ressentit alors une douleur de tête diffuse, mais prédominant dans la région temporale droite ; quelques instants après, dit-elle, la céphalalgie disparut, et elle recouvra la vision, mais d'une façon imparfaite; en effet elle ne voyait plus que la moitié droite des objets qu'elle fixait, et en

même temps du côté gauche elle apercevait des lignes lumineuses en zigzags, se déplaçant sans cesse, animées de vibrations, apparaissant, disparaissant, présentant des couleurs variées et dont elle ne peut, en raison de leur mobilité, préciser davantage la forme



et les autres caractères; au bout de cinq minutes environ tout revint à l'état normal.

Depuis ce moment la malade eut à plusieurs reprises des attaques analogues, ne différant les unes des autres que par quelques particularités d'une importance secondaire. Ces attaques sont plus ou moins longues, elles durent parfois un quart d'heure. La pre-

mière attaque était constituée, comme on l'a vu plus haut par deux phases, qui, dans les attaques suivantes, se sont toujours succédés dans le même ordre, mais il arrive quelquefois que l'attaque est double ; après la deuxième phase, les boules lumineuses reparaissent de nouveau et il survient une deuxième attaque semblable à la première. Ces attaques surviennent sans aucune régularité, à n'importe quelle heure du jour. Depuis trois semaines elles sont devenues très fréquentes ; elles reviennent plusieurs fois par jour.

A partir de l'époque où ces accidents se sont développés, la malade n'a pas eu d'attaques hystériques, qui étaient fréquentes jusqu'alors.

Nous avons à plusieurs reprises hypnotisé la malade et cherché par suggestion à reproduire le scotome et l'hémiopie ; nous avons chaque fois réussi, à ce qu'il semble, d'une façon parfaite ; la malade en effet, dit qu'elle éprouve exactement les mêmes sensations que lorsque ces phénomènes se produisent spontanément. Je crois utile d'insister à ce sujet sur ce que la première attaque s'est développée sans que la suggestion puisse être en quoi que ce soit incriminée. Depuis très longtemps en effet il n'y avait eu dans le service aucune malade atteinte de migraine ophthalmique et c'est elle-même, sans que personne ait dirigé son attention de ce côté, qui est venue se plaindre d'éprouver ces troubles visuels.

Notre ami M. Parinaud a bien voulu examiner la malade pendant une de ces attaques provoquées par suggestion, au moment où la malade ne voyait que la moitié des objets. Le champ visuel d'après cet examen est à ce moment encore plus rétréci qu'à l'état normal. mais on ne constate pas les caractères objectifs de l'hémiopie permanente [1]. Ajoutons qu'un accès provoqué ainsi par suggestion peut être enrayé de la même façon.

Il nous semble inutile de chercher à démontrer par une analyse minutieuse des observations précédentes qu'il s'agit bien réellement de sujets atteints à la fois de migraine ophthalmique et d'hystérie. Le diagnostic s'impose en effet, dans ces divers cas, et il suffit de lire avec attention la description des symptômes pré-

[1] Je ferai remarquer du reste qu'il résulte des recherches nombreuses, faites par M. Parinaud dans le service de M. Charcot, que l'hémiopie permanente ne s'observe pas dans l'hystérie, tandis quele rétrécissement du champ visuel est un des stigmates les plus communs de cette névrose.

sentés par ces malades pour qu'il ne reste aucun doute dans l'esprit à cet égard. Mais ce que nous devons faire c'est chercher à démontrer qu'il existe une relation étroite entre ces deux états nerveux, que la migraine ophthalmique est ici sous la dépendance directe de l'hystérie, qu'elle est une manifestation de cette névrose.

Etudions d'abord l'Observation I. En faveur de la thèse que nous soutenons, nous pouvons invoquer plusieurs des arguments que nous avons rangés dans les deux premiers groupes. En effet l'évolution de la migraine a été dans ce cas contemporaine de celle des attaques hystériques et ces deux états morbides ont présenté les relations les plus étroites; les attaques convulsives et les accès de migraine se sont développés vers la même époque et ont disparu en même temps. Mais il y a plus ; la migraine, tout en apparaissant parfois en dehors des attaques convulsives, les précède souvent et en constitue l'aura ; c'est là un lien qui unit intimement les deux phénomènes et qui suffit presque à établir l'identité de leur nature. Enfin, et ceci est tout à fait probant, l'aura des attaques convulsives, qui est constitué parfois, comme nous venons de le voir par la migraine, est représenté dans d'autres attaques par du mutisme; le mutisme et la migraine sont donc ici des équivalents morbides; or, comme le mutisme, par ses caractères, paraît manifestement de nature hystérique, il doit en être de même de la migraine.

Passons maintenant à l'Observation II. Nous avons à faire valoir, dans ce cas, pour démontrer que la migraine est d'origine hystérique, des arguments con-

tenus aussi dans les deux premiers groupes. 1° Les accès de migraine sont accompagnés de manifestations nerveuses dont la nature nous paraît incontestable ; les battements dans les tempes, les mouvements rapides d'élévation et d'abaissement de la paupière, la sensation de constriction dans la gorge, constituent, par leur union, des symptômes d'attaques hystériques frustes. Or il nous semble absolument logique de faire dépendre la migraine et le scotome, qui sont intimement liés aux phénomènes précédents, de la même névrose. 2° Les accès de migraine peuvent apparaître sous l'influence de la pression exercée sur la région de la sixième vertèbre dorsale qui représente ainsi, qu'on nous passe ce néologisme, un *point migrainogène* analogue aux points dits hystérogènes.

Dans l'Observation III la relation entre l'hystérie et la migraine est assurément moins apparente que dans les cas précédents. En effet les accès de migraine ne sont pas liés à des attaques hystériques. et d'autre part on pourrait faire observer que le bromure a exercé une influence favorable sur cette affection, tandis que, le plus souvent, les manifestations hystériques ne sont pas modifiées par l'emploi de ce médicament. Ces objections qui ne sont pas sans importance, ne suffisent pas toutefois à ôter toute valeur à cette observation. Le diagnostic de migraine ophthalmique hystérique peut être soutenu, en partie à cause du rôle important que les excitations psychiques paraissent jouer dans l'apparition et la disparition des accès, et il s'appuie surtout sur la présence d'un point migrianogène.

Enfin, dans l'Observation IV, voici les arguments

qu'on peut invoquer : 1° Les attaques hystériques n'ont pas reparu à partir de l'époque où se sont développés les accès de migraine ophthalmique ; 2° il est possible de reproduire et d'arrêter des accès de migraine ophthalmique au moyen de la suggestion, quand la malade est hypnotisée. Il faut reconnaître pourtant que ces deux arguments ne sont pas à l'abri de toute critique, si l'on tient compte des règles que nous avons établies plus haut. En effet, d'une part, il est impossible d'affirmer que l'accès de migraine joue ici exactement le même rôle que l'attaque d'hystérie et en constitue un véritable équivalent ; ces deux ordres de crises sont unis par des liens moins étroits que ceux qui, dans l'Observation I rapprochaient la migraine du mutisme. D'autre part, comme la migraine ophthalmique consiste en phénomènes subjectifs, qu'il nous est par conséquent absolument impossible de savoir si la reproduction expérimentale du scotome en constitue une copie rigoureuse, le second argument n'a pas non plus une valeur incontestable. Ajoutons, à ce sujet, que nous avons cherché à reproduire par suggestion sur plusieurs autres hypnotiques des accès de migraine ophthalmique ; mais quelque satisfaisants qu'aient paru les résultats de ces expériences nous croyons ne devoir les accepter qu'avec réserves pour le motif que nous venons d'indiquer. Ainsi donc, dans les deux dernières observations, la relation qui unit la migraine ophthalmique à l'hystérie n'est pas déterminée d'une façon indiscutable. Il nous paraît très vraisemblable que la migraine relève de l'hystérie, mais nous devons avouer que nous n'apportons pas de preuve décisive en faveur de cette opinion.

Nous pensons, au contraire, avoir démontré, avec toute la rigueur possible, que dans les deux premières observations l'hystérie tient la migraine ophthalmique sous sa dépendance étroite.

Le facies symptomatique de la migraine ophthalmique hystérique et en particulier du scotome scintillant, ne paraît pas présenter, d'après les observations que nous relatons, de caractères distinctifs; si on examine avec soin le dessin qui représente le scotome de Prudh... (Obs. I), on voit qu'il correspond exactement à toutes les descriptions et à toutes les figures de scotome que l'on a publiées jusqu'à présent.

On doit se demander s'il peut se développer une véritable hémianopsie dans le cours de la migraine ophthalmique hystérique ou à sa suite. Cette question ne manque pas d'intérêt, si on se rappelle que, d'une part, il semble exister entre la migraine ophthalmique et l'hémiopie une parenté étroite, et que, d'autre part, l'hémiopie paraît étrangère à l'hystérie.

On sait en effet que dans la migraine ophthalmique commune l'hémiopie est si fréquente que Mauthner a désigné cette affection sous la dénomination de scotome scintillant hémiopique ; il est vrai que la diminution du champ visuel ne semble atteindre que rarement le point central et qu'il s'agit par conséquent plutôt d'un rétrécissement latéral du champ visuel que d'une hémiopie véritable, mais celle-ci a été pourtant signalée ; on doit reconnaître aussi que, malgré l'opinion de quelques auteurs, l'hémiopie paraît indépendante de l'hystérie, puisque, comme nous l'avons dit plus haut, les recherches poursuivies dans ce sens, à la Salpêtrière, par M. Parinaud, sur plusieurs cen-

taines d'hystériques ne l'ont jamais amené à constater la présence de l'hémiopie. A ce point de vue, nous ne pouvons tirer parti que de l'Observation IV ; la malade prétend, en effet, qu'à un moment donné de la crise, elle ne perçoit que la moitié droite des objets qu'elle fixe, et elle parait aussi affectée d'hémiopie, quand on provoque par suggestion l'apparition d'un scotome. Mais, ainsi que cela est noté dans cette observation, il résulte de l'examen méthodique pratiqué par M. Parinaud qu'on ne constate pas pendant la crise les caractères objectifs de l'hémiopie permanente ; le champ visuel est seulement plus rétréci qu'à l'état normal. Cette observation ne nous donne pas, il est vrai, le droit d'affirmer, dès maintenant, que l'hémiopie vraie est incompatible avec la migraine ophthalmique hystérique.

Nous en dirons autant de l'aphasie et de l'hémiplégie permanente; ces troubles ne sont développés chez aucun de nos malades, mais nous ne sommes pas autorisés pour cela à soutenir que la migraine ophthalmique hystérique est incapable de leur donner naissance.

Le pronostic, si on s'en rapporte en particulier aux Observations I et II paraîtrait bénin. En ce qui concerne le traitement, comme on l'a vu, le bromure a été prescrit en même temps que l'hydrothérapie, et dans l'Observation III ce médicament a eu certainement une action favorable. Nous n'avons donc là rien qui distingue la migraine ophthalmique commune de celle qui relève de l'hystérie.

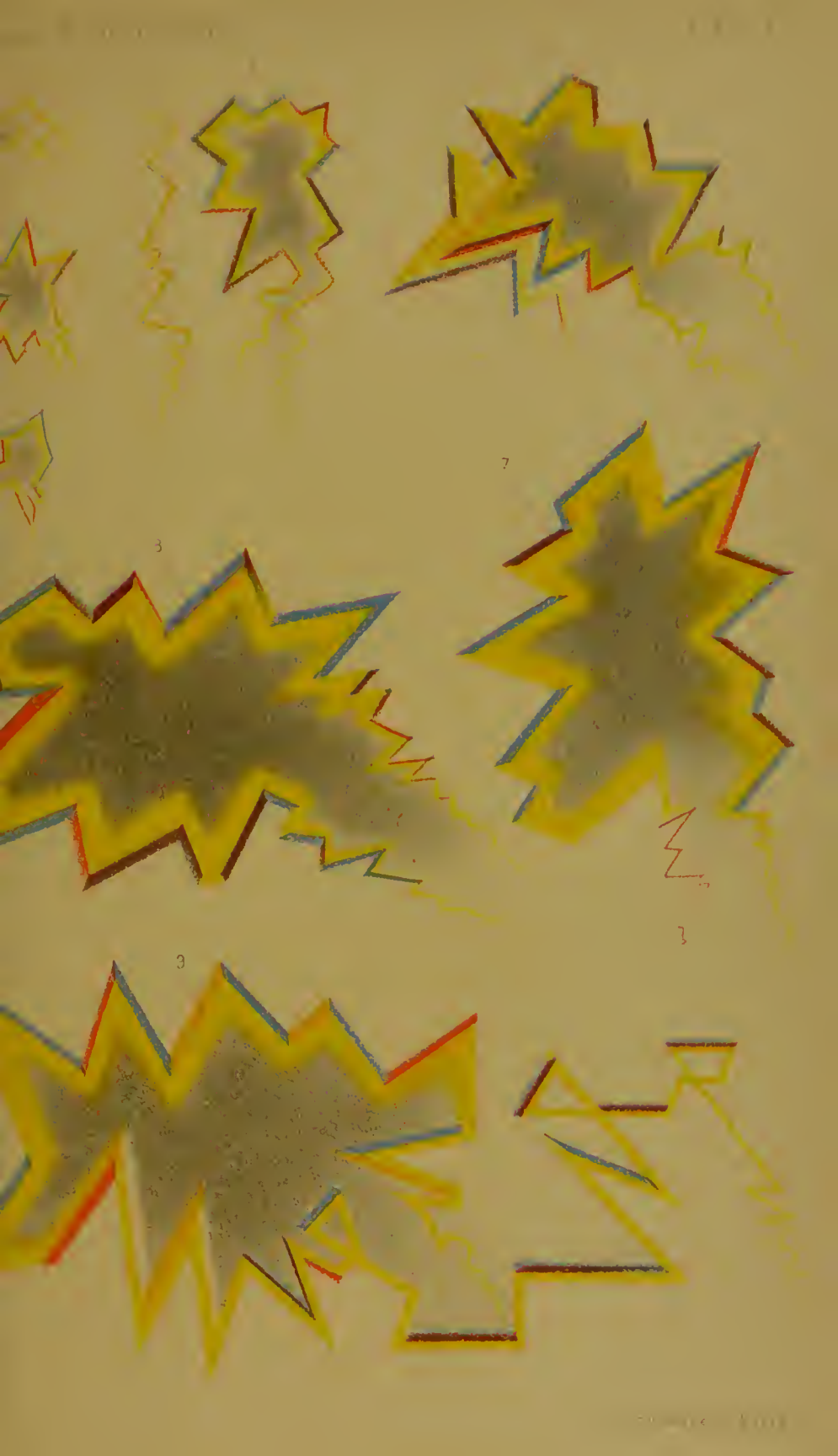
On admet, comme on le sait, que la migraine ophthalmique commune résulte d'un spasme temporaire

des vaisseaux sylviens avec anémie transitoire de toute la région qui comprend les diverses localisations du langage. En est-il de même dans la migraine ophthalmique hystérique? Il y a tout lieu de supposer que le siège est identique; l'OBSERVATION I dans laquelle la migraine paraît être comme un équivalent du mutisme plaide dans ce sens d'une façon très éloquente. Y a-t-il là aussi un spasme vasculaire ? Cette opinion est très admissible et n'a rien de subversif, puisqu'il est établi maintenant que l'hystérie est susceptible de provoquer l'apparition de phénomènes vaso-dilatateurs ou vaso-constricteurs.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

Ces figures qui se rapportent à l'observation I de ce mémoire, ont été faites au pastel par le malade lui-même, artiste graveur. Les n°s 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, représentent, dans leur ordre de succession, les différentes phases du scotome scintillant depuis son apparition jusqu'à l'apogée de son développement.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 1290



ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
21 OCT 91
LIBRARY

24ColorCard CameraTrax.com
STAINLESS STEEL